ChinaXiv合作期刊

·卫生政策瞭望·



主编简介：杨辉，博士/教授/研究员，《中国全科医学》杂志主编。现任澳大利亚蒙纳士大学医学、护理和卫生科学部初级卫生保健和协疗服务学院高级研究员和兼职高级讲师；澳大利亚公共卫生学会会员，北京大学兼职研究员，广州医科大学客座教授，上海交通大学客座教授，深圳罗湖医院集团客座教授，四川大学华西医院客座教授；深圳国际全科医学与社区卫生服务研究中心副主任等。长期致力于卫生事业管理、流行病学、全科医学、社会医学、农村初级卫生保健、乡村医生培训、区域卫生规划、卫生服务研究、慢性病预防控制等领域的教学及科研工作。

主编点评：本研究是对农村基本卫生保健项目背景和进展的介绍，呈现出了积极的结果和结论。该工作项目兼顾综合性和全面性，涉及我国农村和重点疾病负担，针对该工作项目开展研究的学术意义，我认为其主要在于分析初级卫生保健在改善健康公平和公正上的贡献和挑战。我比较关注的是工作报告文章与学术研究文章之间微妙的不同，比如学术文章更关注逻辑上的立题原因和提出明确的研究问题，并且以恰当和严谨的方法来回答具体的研究问题，然后有理有据地讨论相关的思辨话题。因此，对此类工作项目的学术研究，可以逐个展开和深入，那么这将是很意义的系列研究，我也非常期待有质量的学术研究报告。

本研究的前言部分谈到了国际与中国在初级卫生保健的工作进展。在国际上中国是中高收入国家，但在中国国内并非都是中高收入，仍存在地区上社会经济发展不平衡的问题。因此，中国也是世界的缩影。初级卫生保健的经验和成就，不完全是经济发达后的结果。虽然经济上的劣势限制了基本医疗的基础结构，社会和文化的背景导致了人们寻医行为上的特点和疾病负担上的特征，但是，即便是最劣势的社区或地区，也有因地制宜的初级保健策略，并且也可能在外部资源的支持下，经验得到归纳，并在其他地方得到演绎，这也许恰恰就是在工作项目中的开展学术研究的意义。此外，本研究提到的项目策略较为宏大，未来可根据策略的具体方法，进行锚定，开展深入的学术研究。

农村重点疾病人群基本卫生保健模式探索——以人为本整合型健康管理

张笑天[1,2]，李明月[3,4]，兰青[2*]，刘晓云[3,4*]

1.211166 江苏省南京市，南京医科大学医政学院
2.211166 江苏省南京市，南京医科大学江苏省健康研究院
3.100191 北京市，北京大学中国卫生发展研究中心
4.100191 北京市，北京大学公共卫生学院
*通信作者：兰青，研究员/博士生导师，E-mail：lanqing@njmu.edu.cn
刘晓云，教授/博士生导师；E-mail：xiaoyunliu@pku.edu.cn

【摘要】 **背景** 为了更好的应对我国基本卫生保健服务面临问题与挑战，中国国家卫生健康委员会与盖茨基金会开展紧密合作，2017—2022 年在山西省、湖北省以及河南省部分农村等地区开展基本卫生保健项目。项目的总目标是探索基本卫生保健服务的有效模式，助力健康扶贫工作。加强中国国内经验分享，并惠及其他发展中国家。**目的** 总结在以高血压和糖尿病为代表的农村重点疾病人群中开展以人为本整合型健康管理的经验。**方法** 农村基本卫生保健项目资料和数据的收集包含了多个来源，包括医院信息系统数据、统计报表资料、基本公共卫生数据、定性访谈、患者调查、医生问卷调查、病历质量调查等，以描述性统计分析以及前后比较作为主要的评估方法。**结果** 高血压和糖尿病患者规范化管理率保持稳定上升，住院患者次均住院费用下降，患者健康生活行为逐渐上升、患者服药依从性有明显改善。在健康结局方面，患者高血压控制情况明显改善但患者血糖控制情况变化不明显。**结论** 项目地区重点

引用本文：张笑天，李明月，兰青，等. 农村重点疾病人群初级卫生保健模式探索——以人为本整合型健康管理［J］. 中国全科医学，2023.［Epub ahead of print］. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0700.［www.chinagp.net］
ZHANG X T，LI M Y，LAN Q，et al. Exploration of primary health care model for rural populations with priority diseases：person-centered integrated health management［J］. Chinese General Practice，2023.［Epub ahead of print］.
© Chinese General Practice Publishing House Co.，Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

ChinaXiv:202311.00060v1

ChinaXiv合作期刊

疾病健康管理的服务理念和服务能力明显提升，相关措施已经变成政策在项目地区推广和落地，各类专家是项目推动实施的关键因素，各项措施的可持续性有待保持。

【关键词】 农村基本卫生保健；探索性干预；重点疾病人群；服务利用；服务质量；疾病经济负担；效果评价

【中图分类号】 R 161 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0700

Exploration of Primary Health Care Model for Rural Populations with Priority Diseases: Person-centered Integrated Health Management

ZHANG Xiaotian[1, 2]，*LI Mingyue*[3, 4]，*LAN Qing*[2*]，*LIU Xiaoyun*[3, 4*]

1.School of Health Policy & Management，Nanjing Medical University，Nanjing 211166，China

2.Jiangsu Provincial Institute of Health，Nanjing Medical University，Nanjing 211166，China

3.China Center for Health Development Studies，Peking University，Beijing 100191，China

4.School of Public Health，Peking University，Beijing 100191，China

[*]Corresponding authors：LAN Qing，Researcher/Doctoral supervisor，E-mail：lanqing@njmu.edu.cn

LIU Xiaoyun，Professor/Doctoral supervisor，E-mail：xiaoyunliu@pku.edu.cn

【Abstract】 **Background** To better address the problems and challenges facing primary health care services in China，China's National Health Commission and the Gates Foundation have been collaborated to implement primary health care projects in areas such as Shanxi Province，Hubei Province，and part of the rural areas of Henan Province from 2017 to 2022. The overall goal of the project is to explore an effective model for basic health care services and to contribute to health poverty alleviation, which will enhance experience sharing within China and benefit other developing countries. **Objective** To summarize the experience of implementing person-centered integrated health management project in rural populations with priority diseases, represented by hypertension and diabetes. **Methods** The collection of information and data for the person-centered integrated health management project encompassed multiple sources，including hospital information system，statistical reporting information, basic public health information system，qualitative interviews，patient surveys，physician surveys and quality surveys of medical records. Descriptive statistical analysis as well as before-and-after comparisons were used as the main evaluation methods. **Results** The proportion of patients with hypertension and diabetes under standardized management increased steadily，the average hospitalization cost of inpatients decreased，with a gradual increase in healthy living behaviors and a significant improvement medication adherence. In terms of health outcomes，the control rate of hypertension improved significantly but the control rate for blood glucose did not change significantly. **Conclusion** The service concept and capacity of person-centered integrated health management for priority diseases have been significantly improved. The relevant measures have been transformed into policies to be promoted and implemented in the project areas. Various types of experts are the key factors in promoting the implementation of the project, the sustainability of the measures needs to be maintained.

【Key words】 Rural primary health care；Exploratory intervention；Chronic diseases；Service utilization；Service quality；Disease burden；Effect evaluation

基本卫生保健（primary health care，PHC，曾译作初级卫生保健）这一概念最早在《阿拉木图宣言》提出，旨在向社区中的个人和家庭提供普遍可获得的基本卫生保健[1]。研究证据表明，PHC 可以减少不必要的住院需求，防止可避免的再入院，并限制急诊科的不当使用[2]。然而，即使在高收入国家，在获得 PHC 服务的机会和质量方面也可能存在差异，并且在 PHC 架构较强的国家，总体卫生支出相对较高，这可能是因为维持强有力的 PHC 架构的代价十分高昂[3]。以美国为例，其在医疗服务的科技化和数字化转型、增强患者的健康意识和促进疾病的预防和治疗等方面较为领先[4]，但高额的医疗费用成为许多人获得 PHC 的障碍，特别是那些没有保险的人[5]。

中等收入国家是一个多样化的群体，其 PHC 发展水平各不相同。许多中等收入国家，在改善 PHC 服务的获取和质量方面取得了重大进展。其中较为典型的是巴西的“家庭健康计划”[6-7]。然而，中等收入国家仍然存在实质性的挑战，包括需要更多的资金和资源，缺乏训练有素的医疗保健专业人员，以及糖尿病和心脏病等非传染性疾病的负担日益加重[8]。

低收入国家在提供 PHC 服务方面常面临较大的挑战。许多低收入国家基础设施不足、医疗保健专业人员短缺和资源不足[9]。尽管存在上述挑战，但在低收入国家也有取得进展的范例。例如，卢旺达和埃塞俄比亚等国家通过以社区为基础的卫生项目和对加强卫生系统的投资，在扩大获得 PHC 服务的机会方面取得了重大

ChinaXiv:202311.00060v1

ChinaXiv合作期刊

ChinaXiv:202311.00060v1

进展[10]。

中国的 PHC 系统为世界五分之一的人口提供基本的临床和公共卫生服务，有着悠久的历史[11]。近年来中国的 PHC 系统取得了积极的进展。但是也面临一些问题和挑战。一方面，由于医疗资源的不均衡分布和人员短缺，一些偏远地区和贫困地区的 PHC 服务仍然存在缺陷。另一方面，由于医疗服务质量和医疗费用的问题，一些人仍然倾向于到大城市或高端医疗机构就医，导致 PHC 服务的利用率不高[11-13]。

1 农村 PHC 项目介绍

为了针对以上挑战与现实问题，助力中国落实联合国 2030 年可持续发展目标和《健康中国 2030 规划纲要》的总体目标和健康扶贫规划，中国国家卫生健康委员会与盖茨基金会开展紧密合作，2017—2022 年，在山西省、湖北省以及河南省部分农村等地区开展基本卫生保健项目。项目的总目标是探索 PHC 服务的有效模式，助力健康扶贫工作。加强中国国内经验分享，并惠及其他发展中国家。具体目标包括：（1）加强农村 PHC 体系的统筹性和系统性，开展重点疾病人群健康管理，促进对 PHC 合理利用，逐步减轻贫困及高危人口疾病经济负担、减少因病致贫和返贫的发生，提升当地人群的健康水平。（2）建立与国际接轨的 PHC 评价体系和知识分享平台。参与国际 PHC 评价体系建设，搭建国家级知识分享与交流平台，扩大中国 PHC 的影响，加强中国基层卫生对外宣传和国际交流合作。

为实现预期目的，项目具体的开展实施涉及四大领域、12 项策略。其中，领域一为完善新时期农村 PHC 体系，开展重点疾病人群健康管理；领域二是研究建立国家 PHC 的评价体系；领域三为促进 PHC 经验的学习分享，开展相关支持性的政策研究；领域四为开展项目实施的保障性活动。本研究主要针对领域一所包含的干预措施进行研究。这些干预措施可以分为 6 个部分，并称之为 6 大策略，具体内容如下所示。

◆策略 1：开展以基本卫生保健为基础的重点疾病人群健康管理

在试点地区，针对重点疾病，探索形成以人为本、整合型、全流程的健康管理模式，为贫困人群和贫困高危人群提供健康管理服务。其主要措施包括：（1）明确重点疾病和界定重点人群；（2）探索以人为中心的整合型健康管理模式，研究制定重点疾病人群健康管理技术规范；（3）开展健康管理模式和服务规范培训，推动健康管理工作的规范开展。

◆策略 2：构建以基本卫生保健为基础的重点疾病人群健康管理服务体系

围绕项目确定的重点疾病为切入点，对项目县 PHC 服务体系进行优化整合，建立保持可持续运转的体系和制度支撑机制，实现重点疾病人群健康管理服务的有效递送。其主要措施包括：（1）制定重点疾病人群健康管理实施的管理办法，明确重点疾病人群健康管理工作职责和县域内各级各类医疗卫生机构的任务分工；（2）探索建立以村卫生室为前哨、乡镇卫生院为平台、县级专业卫生机构为技术支撑的农村重点疾病人群健康管理服务体系；（3）探索建立各级各类卫生机构间重点疾病人群健康管理的有效协同模式和机制。

◆策略 3：建立以基本卫生保健为基础的重点疾病人群健康管理专业团队

通过充实专业力量，优化现有团队，为“重点疾病人群”提供连续性、一体化的健康管理服务。其主要措施包括：（1）优化现有团队结构，充实专业力量，形成重点疾病人群健康管理的专业团队；（2）明确团队及成员职责分工。

◆策略 4：规范基本卫生保健服务行为，提升重点疾病人群健康管理服务质量

按照重点疾病人群健康管理技术规范，开展质量管理，通过引入先进的服务质量评估和管理模式、规范基层卫生人员诊疗的行为，改善服务质量。其主要措施包括：（1）编制重点疾病人群健康管理质量管理办法；（2）引入重点疾病人群健康管理服务关键适宜技术；（3）加强质量管理，提升服务水平；（4）运用信息技术，提高服务质量和效率。

◆策略 5：制定重点疾病个体化健康教育核心信息，探索重点疾病人群自我管理的适宜模式

完善重点疾病个体化健康教育的优化流程和技术规范，提高重点疾病个体化健康的指导能力。探索重点疾病人群自我管理模式。其主要措施包括：（1）制定和完善重点疾病个体化健康教育优化流程和技术规范，开发完善重点疾病防治核心信息和传播工具包；（2）促进公众参与，探索重点疾病人群自我管理的适宜模式。

◆策略 6：建立以基本卫生保健为基础的重点疾病人群健康管理经济运行机制

探索适宜重点疾病人群健康管理的经济运行机制（价格机制、供求机制和竞争机制），为确保健康管理工作的有效开展提供必要的基础支撑。其主要措施包括：（1）明确重点疾病人群健康管理服务提供的筹资渠道、服务价格制定与补偿机制等；（2）探索支付方式改革，建立可行的重点疾病人群健康管理经济激励机制和分配机制；（3）探索医保、救助和大病保险等制度在重点疾病人群健康管理服务提供中的有效衔接，保障重点人群获得相应的服务。

农村 PHC 项目在设计理念和原则上强调健康管理的定位，包括以人为中心的健康管理，健康管理发挥统


ChinaXiv合作期刊

2024，Vol.27 Chinese General Practice

ChinaXiv:202311.00060v1

领作用，健康管理基于基本卫生保健，健康管理是整合型的管理，健康管理是动态循环过程等。在项目设计和执行过程中，坚持预防服务和医疗服务相结合、群体性服务与个体化服务相结合、服务提供与自我管理相结合的原则。

为监测该项目的实施过程，评价项目各策略在开展过程中所投入的资源、所采取的干预措施的产出及工作成效，了解项目开展过程中的影响因素，需要对本项目实施开展监测与评价。总结在以高血压和糖尿病为代表的农村重点疾病人群中开展以人为本整合型健康管理的经验。

2 数据来源与方法

数据来源为 3 个省 9 个项目县的定量和定性数据，包括医院信息系统数据、病例摘录数据、基本公共卫生数据、患者问卷调查、医生问卷调查、关键知情人访谈等。所采集的数据都进行了匿名等数据脱敏处理。考虑到选择对照组实际的难度，本次评价主要以描述性统计分析以及前后比较作为主要的评估方法。

表 1 调查方法及数据来源汇总

Table 1 Summary of survey methodology and data sources

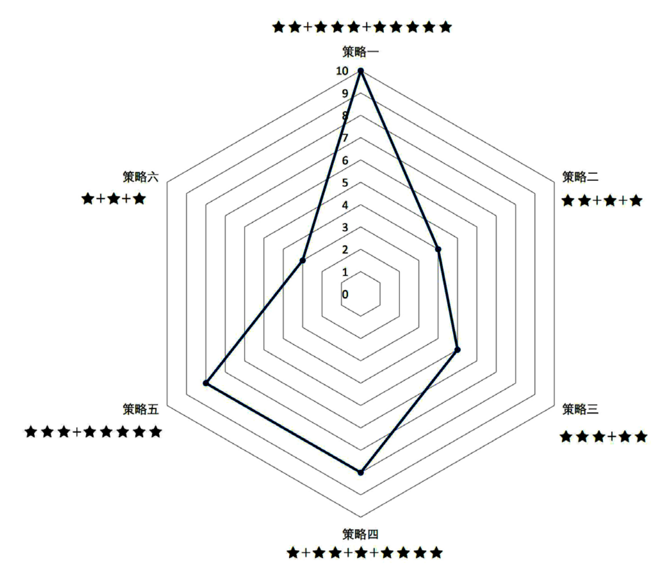
资料收集方法	样本量
项目县自报数据	9 个项目县
医院信息系统数据：住院病案首页	2017—2022 年上半年 3 个县人民医院
基本公卫数据	2017—2022 年每个县的 3 个乡镇
患者调查	调查 1 357 例患者，其中包括 898 例高血压患者、180 例糖尿病患者、279 例高血压和糖尿病共患病患者
医务人员调查	333 名，其中村医 179 名，乡镇卫生院医生 74 名，乡镇卫生院公共卫生医生 43 名，县级医院医生 47 名
病历质量摘录	高血压患者病历 600 份；糖尿病患者病历 589 份
定性访谈	访谈对象总计约 99 名：省级项目官员 4~6 名；县级项目官员 4~6 名；县级医疗机构负责人 4~6 名；乡镇卫生院院长 9 名；服务团队成员 36~40 名（县级医生、乡镇级医生、乡镇公卫人员、村医）；高血压、糖尿病患者 36~54 例（不同性别、不同年龄段）

3 农村 PHC 项目调查结果

3.1 项目执行的进度

项目执行的进度概览见图 1。总的来说，项目策略一（建立健康管理模式）、策略四（提升服务质量）和策略五（患者自我管理）进展较好，并存在诸多亮点，但是策略六（经济运行机制）进展较慢。

（1）策略一（建立健康管理模式）：山西其采用的“工作坊”的培训，相较于传统授课模式更加有趣，令参加者记忆深刻，有利于加强基层对慢病的重视程度；（2）策略四（提升服务质量）：信息化的推进是提升服务质量的重要支撑，这方面访谈中被提到最多的是公卫信息系统和医疗信息系统的打通。当县级医疗机构的医生可



注：共有 6 大策略，每个策略包含 1~4 个具体干预措施，图中的★表示某项干预措施被执行的质量，干预措施之间用 + 号分隔，★的数量越多，该条干预措施执行的越好。具体干预措施与执行程度对应情况如下所示。策略一包括（1）明确重点疾病和界定重点人群（★★）；（2）探索以人为中心的整合型健康管理模式研究制定重点疾病人群健康管理技术规范（★★★）；（3）开展健康管理模式和服务规范培训，推动健康管理工作的规范开展（★★★★★）。策略二包括（1）制定重点疾病人群健康管理实施的管理办法，明确重点疾病人群健康管理工作职责和县域内各级各类医疗卫生机构的任务分工（★★）；（2）探索建立以村卫生室为前哨、乡镇卫生院为平台、县级专业卫生机构为技术支撑的农村重点疾病人群健康管理服务体系（★）；（3）探索建立各级各类卫生机构间重点疾病人群健康管理的有效协同模式和机制（★）。策略三包括（1）优化现有团队结构，充实专业力量，形成重点疾病人群健康管理的专业团队（★★★）；（2）明确团队及成员职责分工（★★）。策略四包括（1）编制重点疾病人群健康管理质量管理办法（★）；（2）引入重点疾病人群健康管理服务关键适宜技术（★★）；（3）加强质量管理，提升服务水平（★）；（4）运用信息技术，提高服务质量和效率（★★★★）。策略五包括（1）制定和完善重点疾病个体化健康教育优化流程和技术规范，开发完善重点疾病防治核心信息和传播工具包（★★★）；（2）促进公众参与，探索重点疾病人群自我管理的适宜模式（★★★★★）。策略六包括（1）明确重点疾病人群健康管理服务提供的筹资渠道、服务价格制定与补偿机制等（★）；（2）探索支付方式改革，建立可行的重点疾病人群健康管理经济激励机制和分配机制（★）；（3）探索医保、救助和大病保险等制度在重点疾病人群健康管理服务提供中的有效衔接，保障重点人群获得相应的服务（★）。

图 1 项目执行的进度概览

Figure 1 Progress in project implementation

以看到患者的家庭健康档案、体检信息、在乡镇和村级就诊信息，则有利于进行针对性的诊疗和健康教育方案，当乡镇的医生和公共卫生医生能够看到患者在县级就诊和住院的信息，则有利于进行患者管理并提高乡镇医生和村医的服务质量；（3）策略五（患者自我管理）：访谈时村医印象最深刻的就是项目带来的自我管理小组的理念，受访村医大都感觉实施该措施，有利于提高重点疾病个体化健康的指导能力，部分受访患者也认为参

ChinaXiv合作期刊

ChinaXiv:202311.00060v1

与该活动有利于督促自己改变生活习惯。

3.2 重点疾病人群公共卫生服务利用

（1）高血压和糖尿病患者规范化管理率保持稳定上升。从2021年第三季度到2022年第二季度，湖北咸丰县高血压患者规范化管理率从63.44%上升到75.57%。

（2）重点疾病人群随访服务符合项目管理要求。从高血压与糖尿病患者基本公卫随访次数来看，各项目县每年80%以上的患者能保证随访次数不小于4次，达到基本公卫管理要求。患者调查结果显示，最近3个月均接受过随访的患者比例超过90%，较基线调查有所增加。且服务内容多样化，包括为患者测量血压血糖，并为其提供生活方式指导、询问疾病状况、了解用药情况等服务。

（3）高血压和糖尿病患者家庭医生签约率较高。各项目县自报数据显示，宜阳县、阳曲县、永和县、大宁县、咸丰县高血压和糖尿病患者家庭医生签约率达到100%。其余项目县家庭医生签约率也较高。

（4）非医疗干预处方提供率较高。97.1%患者接受过饮食干预处方，95.1%患者接受过运动干预处方。非医疗干预处方以村医提供为主，占82.0%。绝大多数医务人员报告给患者开具过饮食和运动干预处方。

3.3 重点疾病人群医疗服务利用

（1）重点疾病人群门诊服务利用显著增加。患者调查结果显示，最近一个月因高血压就医比例从39.4%增加至59.0%，增加了19.6%。因糖尿病就医比例从35.8%增加至58.0%，增加了22.2%。患者在乡镇卫生院就诊比例明显上升，共计上升了10个百分点。

（2）住院服务利用率变化不大。基线调查患者的年住院率为35.5%，终末调查为36.2%。

（3）重点疾病患者平均住院日呈持续下降趋势，2017—2022年，高血压平均住院日从11.3 d下降到8.5 d，糖尿病患者平均住院日从10.8 d下降到8.5 d。

3.4 重点疾病人群医疗质量

糖尿病、高血压住院患者的医疗服务质量与中期相比变化不大，需进一步开展研究。重点疾病人群基本卫生保健的综合性程度较高，关系连续性较好，信息连续性和协调性程度较低，需进一步改善。

3.5 重点疾病人群医疗费用及经济负担

病案首页数据显示住院患者次均住院费用下降，日均住院费用略有增加，贫困人口报销比例显著上升，费用负担减轻。患者调查结果显示，与基线相比，门诊患者报销比例大幅提升（29.7%），比基线提高24.6个百分点，住院患者报销比例略有上升（59.9%），比基线提高3.5个百分点。

以阳曲县为例，与基线相比，阳曲县门诊就诊率大幅提高（调查患者最近一个月因高血压就诊率由14.4%增至36.1%，因糖尿病就诊率由11.6%增至41.5%），住院率下降（由25.8%降至19.0%），项目实施后，部分住院患者转移至门诊管理，因此造成医疗费用支出大幅下降。经测算，阳曲县高血压和糖尿病患者因项目实施实现医疗费用支出减少1 224.2万元。若进一步提高县域内住院比例和基层就医比例，医疗费用可进一步减少1 101.4万元。

3.6 重点疾病人群健康行为的改变

（1）患者健康生活行为形成率稳定上升。在高血压和糖尿病患者的吸烟率和饮酒率方面，咸丰县逐年下降，阳曲县和宜阳县保持稳定，各项目县均保持在较低水平。住院患者吸烟率、饮酒率均有下降，本次调查住院糖尿病患者吸烟率与中期评估相比下降了3.3个百分点，住院高血压患者的吸烟率与中期评估相比下降了5.1个百分点。

（2）患者服药依从性良好率有明显上升。基本公卫数据显示，2017—2022年咸丰县的患者服药依从性良好率从55.21%上升到72.51%，宜阳县的患者服药依从性良好率从2017年的74.81%上升到2022年的77.13%。

3.7 重点疾病人群健康结局

（1）患者高血压控制情况有所改善。患者自报血压控制率比全国第六次国家卫生服务调查高2.7个百分点，与基线相比，调查患者血压控制在140/90 mmHg（1 mmHg=0.133 kPa）以下的比例提高14.5个百分点。病历调查显示与中期评估相比，血压控制率提高了9.10个百分点。

（2）患者血糖控制情况变化不明显。患者自报糖尿病控制率与卫生服务调查接近（39.8%），调查患者血糖控制在目标水平（空腹血糖4.4~7.0 mmol/L或者非空腹≤10.0 mmol/L）的比例与基线相比没有明显变化。（3）目前患者并发症水平较高，20.3%的高血压患者伴发有脑血管病，20.0%的糖尿病患者伴发有糖尿病肾病，30.2%的患者伴发有冠心病，提示加强重点疾病人群健康管理的必要性。

4 政策建议

农村PHC项目在探索以人为本整合型健康管理的过程中也存在着一些局限性：首先，部分地区的基层服务能力还不能支持该理念。虽然通过项目的培训及其他相关活动，已经对项目县基层卫生管理和服务人员产生了较好的影响。但目前这种影响仍停留在知识和态度层面，行为的转化以及健康结局的改善还需更长时间的推进。一旦项目结束或因其他原因暂停，这种理念的影响就将大大减弱。其次，医保和新服务模式理念配合的欠

ChinaXiv合作期刊

ChinaXiv:202311.00060v1

缺。由于医保打包支付、结余留用的政策无法有效落实，使得项目设计的一些激励政策无法落地实施。特别是团队式服务因为没有合理的激励机制而无法有效运行。针对上述局限性，本文提出以下三点建议。

4.1 继续强化“以人为本整合型卫生服务”的理念

个体化非医疗干预服务：探索以全科医生和县级医院医生为主体推行个性化非医疗干预的机制。开发以农村生活场景为主的饮食、锻炼等非医疗干预。

团队式服务：强调服务团队的构建，明确团队中每个成员的职责定位，开发制定服务团队的绩效评价机制，整合多渠道、多机构的筹资来源，建立有效的服务团队激励机制，真正发挥团队式服务对于重点疾病人群的健康管理的作用。

自我管理小组：从创新活动形式和激励机制等方面探索在农村地区开展慢性病患者自我管理小组的活动，将自我管理小组活动与农村老年人其他医疗卫生相关活动相结合（比如医保缴费、老年人体检、义诊等），以健康管理超市的形式吸引重点疾病人群参加自我管理小组活动。

4.2 加强多部门协作，特别是医保对基本卫生保健项目的支撑

积极争取医保政策的支持，向医保部门提供科学合理的研究证据，显示出采取合理的医保政策对于控制医疗费用不合理增长、减轻患者疾病经济负担、稳定医保资金收支平衡等方面的积极作用。需要争取的医保政策包括医保报销政策进一步对慢性病门诊服务倾斜、医保报销政策对基层卫生服务倾斜、医保资金结余部分使用的自主权（包括医保资金与政府财政资金、基本公卫资金联合使用的自主权）等。

4.3 进一步加强基层卫生服务能力建设，提高重点疾病人群管理的效率

进一步提高基层卫生服务的能力，吸引更多的患者利用基层卫生服务，将在更大程度上降低医疗服务的费用，降低疾病经济负担，更好的提高基本卫生服务的扶贫和防贫效果。首先，需要提高基层的临床医疗服务能力的提高。通过临床能力培训、临床检验检查设备的投入，提高基层医疗卫生机构医务人员，特别是全科医生对重点疾病的临床诊断和治疗服务能力。其次，需要重点加强对基层人才队伍的建设。通过紧密型医共体的建设，县级医院增加对基层卫生人力的投入，减少对基层优秀人才的虹吸。落实县级医院医生在晋升前到基层轮岗锻炼的机制。加大对基层优秀人才的奖励和激励机制。最后，需要依靠信息技术的支撑。上下联通的信息化技术，特别是心电图、B超、影像检查、生化检查等信息化支持，对于基层卫生机构开展临床医疗服务提供重要的技术支撑。

5 结论

项目地区重点疾病健康管理的服务理念和服务能力提高：项目在设计上体现了“以人为本整合型卫生服务”的理念，对重点疾病人群进行全流程、全周期的管理。将医疗服务与预防服务有机融合。在群体性一级预防的同时，开展个体化的服务。既强调高质量的医疗卫生服务提供，也强调患者的自我管理。经过3年的项目实施，项目管理人员和卫生服务人员在很大程度上理解接受了这些理念，并在实际项目管理和服务提供中积极践行这些先进理念。

相关措施已经变成政策在项目地区推广和落地：项目的经验已经被当地政府所接受，并且已融入当地的医药卫生体制改革中。自我管理项目也已经被国家疾病预防控制中心推荐给全国。湖北省2021年出台的“323”攻坚行动计划，就将糖尿病和高血压作为2种基础性疾病纳入其中，其防治策略在很大程度上借鉴了该项目的理念和做法。

各类专家是项目推动实施的关键因素：项目高级别专家对整个项目的设计和实施进行总体规划和指导；分策略专家发挥各自专业优势，在相关领域提供专业的技术支持；包省专家深入到项目地区，结合项目地区的具体情况，提供针对性的指导和帮助；省级专家了解地方实情，与当地卫生行政部门关系更加紧密，更容易提供符合当地情况的支持。

各项措施的可持续性有待保持：总体来说，项目倡导的“以人为本整合型卫生服务”的理念是可持续的。特别是从以疾病为中心向以人的健康为中心转变的理念，这种理念的理解和采纳将在更长时间范围内，影响管理人员和卫生服务人员的实践和行为。具体的项目措施是否具有可持续性，取决于两个方面的因素。一是项目措施能否与日常工作相衔接。二是如果有些项目措施变成明确的政策和制度，则具有较好的可持续性。

作者贡献：张笑天与刘晓云负责文章的构思与设计，并共同撰写论文，对文章负责；李明月负责问卷调查以及后期数据分析；张笑天、刘晓云负责研究的实施和管理以及定性访谈；刘晓云、兰青对文章指导、质量控制、监督管理。

本文无利益冲突。

张笑天：https://orcid.org/0000-0002-2813-9237

李明月：https://orcid.org/0000-0001-8417-5665

刘晓云：https://orcid.org/0000-0002-5483-0742

参考文献

[1] Declaration of alma-ata［J］. Lancet，1978，312（8098）：1040-1041. DOI：10.1016/S0140-6736(78)92354-1.

[2] World Health Organization. Building the economic case for primary

ChinaXiv合作期刊

health care: a scoping review. 2018［EB/OL］.［2023-09-30］. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.48.

［3］KRINGOS D S, BOERMA W, VAN DER ZEE J, et al. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending［J］. Health Aff (Millwood), 2013, 32(4): 686-694. DOI: 10.1377/hlthaff.2012.1242.

［4］SHI L, SINGH DA, SHI L. Essentials of the US health care system［EB/OL］.［2023-09-30］. https://samples.jblearning.com/0763763802/63800_FMxx_Final.pdf.

［5］Agency for Healthcare Research and Quality. National healthcare disparities report［EB/OL］.［2023-09-30］. https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/index.html.

［6］MASSUDA A, HONE T, LELES F A G, et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience［J］. BMJ Glob Health, 2018, 3(4): e000829. DOI: 10.1136/bmjgh-2018-000829.

［7］RASELLA D, AQUINO R, SANTOS C A T, et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities［J］. Lancet, 2013, 382(9886): 57-64. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60715-1.

［8］LI H Z, LIU K, GU J J, et al. The development and impact of primary health care in China from 1949 to 2015: a focused review［J］. Int J Health Plann Manage, 2017, 32(3): 339-350. DOI: 10.1002/hpm.2435.

［9］OLA B A, ATILOLA O. Task-shifted interventions for depression delivered by lay primary health-care workers in low-income and middle-income countries［J］. Lancet Glob Health, 2019, 7(7): e829-830. DOI: 10.1016/S2214-109X(19)30197-4.

［10］BINAGWAHO A, FARMER P E, NSANZIMANA S, et al. Rwanda 20 years on: investing in life［J］. Lancet, 2014, 384(9940): 371-375. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)60574-2.

［11］Li X, Lu JP, Hu S, et al. The primary health-care system in China［J］. Lancet. Dec 9 2017; 390(10112): 2584-2594. doi: Doi 10.1016/S0140-6736(17)33109-4

［12］LI X, KRUMHOLZ H M, YIP W, et al. Quality of primary health care in China: challenges and recommendations［J］. Lancet, 2020, 395(10239): 1802-1812. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30122-7.

［13］SUN M P, RASOOLY A, JIAN W Y. Quality of primary health care in China: an analysis of data from a nationwide longitudinal survey［J］. Lancet, 2018, 392: S74. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32703-X.

（收稿日期：2023-10-10；修回日期：2023-10-23）

（本文编辑：王世越）

ChinaXiv:202311.00060v1